

Baridi-oireyhtymä sosiokulttuurisessa kontekstissaan tansanialaisessa Ilembulan kylässä

Tämän etnografian tarkoituksena on havainnollistaa, kuinka sosiokulttuuriset tekijät vaikuttavat terveyttä koskeviin käsityksiin. Sosiokulttuuristen tekijöiden merkitystä tarkastellaan tansanialaisessa Ilembulan kylässä asuvien benojen kulttuurisen oireyhtymän, *baridin* (emotionaalinen kylmyys), kautta. Artikkelissa selvitetään, miten sosiokulttuuriset tekijät selittävät *baridin* syitä, oireita, hoitoa ja ennaltaehkäisyä. Aineistonkeruumenetelmät olivat haastattelu (n=49), havainnointi ja kenttäpäiväkirja. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä. Tulokset osoittavat, että kulttuurin holistinen maailmankuva, yhteisön käyttäytymisnormit ja perhekeskeiset arvot selittivät *baridin* etiologiaa, hoitoa ja ennaltaehkäisyä. *Baridi* oli hitaasti etenevä oireyhtymä, jonka aiheutti yhteisön normien rikkominen. Sairaus heikensi potilaan mahdollisuuksia selvittää elinympäristön asettamista haasteista ja yhteisön sosiaalisista rooliodotuksista. Hoidossa ja ennaltaehkäisyssä korostuivat holistiseen maailmankuvaan ja perheyhteyden vahvistamiseen liittyvät menetelmät.

ANITTA JUNTUNEN

JOHDANTO

Länsimainen hoitotyö ja lääketiede, psykiatria sen osana, ovat länsimaissa syntyneitä käsitejärjestelmiä ja siten osa länsimaista kulttuuria. Sen takia hoitohenkilökunnalta ja lääkäreiltä jää huomaamatta omien kulttuuristen käsitysten ja arvomaailman merkitys; sen yleensä havaitsee vasta tarkastellessaan jotain toisesta kulttuurista tulevaa ilmiötä tai ihmistä. Tämän vuoksi 1800-luvun siirtomaalääkärit kiinnittivät huomionsa ”villien” kummallisiin ”oireisiin”. Tuntematta kieltä ja kulttuurista kontekstia he alkoivat luokitella näiden outoa käyttäytymistä patologiseksi ja heidän kulttuurinsa aikaansaamaksi.

Kulttuurinen tieto avaa uusia näkökulmia terveys- ja sairauskäsitysten ja -käyttäytymisen ymmärtämiseen. Yhteisössä vallitsevat tavat, uskomukset, moraaliset normit ja tieto ovat kulttuurisesti määräytyneitä ja selittävät yhteisön jäsenten terveyden edistämiseen ja sairauksien hoitoon liittyvää toimintaa. Tässä artikkelissa havainnollistetaan sosiokulttuurisen kontekstin merkitystä tarkastelemalla *baridi* -sairauden syitä, oireita,

hoitoa ja ennaltaehkäisyä. *Baridi* on Ilembulan benojen kulttuurinen oireyhtymä. (Juntunen 2005). Tutkimus kuuluu transkulttuurisen hoitotieteen alaan ja on osa laajempaa etnografiaa, jossa tarkasteltiin Ilembulan benojen maallikko-hoitamista kulttuurisesta näkökulmasta (Juntunen 2001).

Kulttuurisilla oireyhtymillä (culture-bound syndromes) tarkoitetaan tietyn kulttuurin tai ryhmän jäsenillä esiintyviä oireita tai kokemuksia terveydentilan häiriöistä, joiden etiologiaa, ennalta ehkäisyä ja hoitomenetelmiä määrittää heidän kulttuurinsa (Helman 1998). Ensimmäiset havainnot kulttuureille tyypillisistä sairauksista ja niiden kulttuuriseen tietoon perustuvista hoitomuodoista on raportoitu viime vuosisadan alussa Amerikkaan muuttaneilla siirtolaisilla (Trollope-Kumar 2001). Kulttuurinen oireyhtymä on tunnettu länsimaaisessa lääketieteessä 1960-luvulta, jolloin hongkongilainen, Englannissa opiskellut lääkäri Yap Pow-Meng (1969) toi käsitteen psykiatriaan. Nykyään tiedetään satoja kulttuurisia oireyhtymiä, joiden nimet ovat useimmiten pai-

kallisia, kuten esimerkiksi *taijin kyofusho, latah, amok, susto, kaza basolo*.

Kleinman (1980) määrittelee kulttuurisen oireyhtymän psyykkiseksi, sosiaalseksi tai kulttuuriseksi reaktioksi, joka liittyy yksilön epätydyttäväksi kokemaan biologiseen tai psykososiaaliseen prosessiin, roolin muodostukseen tai ikäänymismuutoksiin. Yhteinen piirre oireyhtymille on, että potilaan kulttuurin tunnusomaiset psykososiaaliset piirteet selittävät hänen sairauttaan tai hoitoaan koskevia odotuksia, ja toisaalta oireyhtymiä voidaan hoitaa ja ennaltaehkäistä ainoastaan kulttuuriseen tietoon perustuvilla menetelmillä (Andrews ja Boyle 1995, Helman 1998). Kulttuurisilla oireyhtymillä on symbolinen merkitys niistä kärsiville, sillä ne voivat ilmentää yksilön ja hänen perheensä välistä ristiriitaa tai olla yksilön reaktioita ulkoisen ympäristön muutoksiin (Helman 1998). Ne ovat yhteisön jäsenelle niin todellinen ja vakava terveysongelma, että vaikuttavat hänen sosiaaliseen ja taloudelliseen selviytymiseensä (Prinz 2001).

Kulttuurisidonnaiset oireyhtymät ovat viime vuosina nousseet kriittiseen tarkasteluun transkulttuuripsykiatriassa erityisesti DSM-IV -tauti-luokitusjärjestelmän käyttöön ottamisen yhteydessä. Termin epäasianmukaisuudesta ja rasistisuudesta on käyty keskustelua, sillä se liitetään yleensä aina ei-länsimaiseen kulttuuriin, jolloin sen implikaatio on, että länsimainen kulttuuri ei tuota lainkaan kulttuurisia oireita vaan ”oikeita” (Hughes 1998). Schwartz (1992) kysyykin: ”Miksi kaikilla muilla on etnopsykoosi, mutta meillä on todellinen (real thing)?” Littlewood (2002) on havainnut, kuinka länsimainen kulttuuri tuottaa yhtä lailla psyykkisiä oireita, joita ei esiinny muualla kuin oman kulttuurimme piirissä. Lisäksi jotkut kulttuurisidonnaiset oireyhtymät, esimerkiksi Malesiassa ja Indonesiassa tunnettu *latah*, on osoitettu ns.tutkijafolkloreksi tai muuten ei-tieteellisin menetelmin todetuksi (Neutra ym. 1977, Bartholomew 2000). Psykiatrien liitto Yhdysvalloissa peräänkuuluttaa eri tieteenalojen, lähinnä antropologian ja psykiatrian, välistä keskustelua kulttuuristen oireyhtymien perusteista ja rajoista.

Kaikki sairaudet ovat kulttuurisesti rakentuneita, eivätkä kulttuuriset oireyhtymät ole siinä mielessä poikkeavia (Helman 1998, Hughes 1985). Kulttuurisia oireyhtymiä tarkasteltaessa on tiedostettava, että biolääketieteen terveys- ja sairaus -käsitteet tukeutuvat vahvasti länsimaisiin arvoihin ja moraalisiin (Morris 1998). Kuiten-

kin myös länsimaissa lääketieteelliset taudinmäärittelyt ja sairauksien hoitolinjat eroavat toisistaan, ja kulttuuriset tekijät selittävät eroja merkittävässä määrin (Payer 1989). Samalla tavalla normaalin ja epänormaalin käyttäytymisen kuvaukset perustuvat vaihteleviin sosiaalisiin normeihin eikä niiden määrittely ole absoluuttista (Kennedy 1999).

KULTTUURISTEN OIREYHTYMIEN PIIRTEITÄ

Kulttuuriset oireyhtymät ovat ennemminkin kulttuurisesti painottuneita kuin selkeästi suoraan johonkin tiettyyn kulttuuriin linkittyviä. Yleensä oireyhtymät ilmenevät stressiä aiheuttavissa sosiaalisissa tilanteissa, jotka vaihtelevat yhteisöittäin ja voivat muuttua ajan kuluessa. Kulttuurisia oireyhtymiä on ryhmitelty niille tunnusomaisten piirteiden perusteella seuraavasti (Jilek 2001):

- 1) Hedelmällisyyttä ja lisääntymistä merkityksellisenä pitävien kulttuureiden oireyhtymät, kuten *koro* Malesiassa ja Indonesiassa ja *suoyang* Kiinassa. Oireyhtymää pidetään synnynäisenä, ja perinteisessä kiinalaisessa ajattelussa sairauden selitetään aiheutuvan yin-yang -voimien epätasapainosta. Oireyhtymä on esiintynyt epidemiana Thaimaassa vuonna 1976, Intiassa 1982 ja Nigeriassa 1990. Siemennesteen menetyksestä aiheutuva ahdistus tunnetaan Intiassa nimellä *chat tai jiryan*, Sri Lankassa *sukra pameha*, ja Kiinassa *shenk'uei* (Jilek 2001). Koillis-Kongossa esiintyy epidemiana *kaza basolo*, jossa sairastunut uskoo menettäneensä maagisesti sukuelimensä. (Prinz 2001).
- 2) Oireyhtymät, jotka ovat opittuja reaktioita pelottavan merkityksen kulttuureissa saaneisiin ilmiöihin. Stereotyyppiset reaktiot pelotettiin ärsykkeisiin tunnetaan Thaimaassa nimellä *bah-tschi*, Myanmarissa *yaun*, Filippiineillä *mali-mali*, Siperiassa *miryachit*, ja ainujen keskuudessa *imu*. Malesiassa, Indonesiassa, Myanmarissa, Filippiineillä ja Papua-Uusi-Ginealla tunnetaan miehillä nykyään harvemmin esiintyvä oireyhtymä, *amok*, jossa sairastunut juoksentelee villisti ja päämäärättömästi pelästymisen seurauksena.
- 3) Oireyhtymät, jotka liittyvät kulttuureihin, joissa miellyttävä ulkonäkö on merkityksellistä. Korealaisilla ja japanilaisilla esiintyvä oireyhtymä, *taijin-kyofu*, perustuu kokonaisvaltaiseen pelkoon siitä, että henkilö kokee ulkonäkönsä loukkaavan muita.

4) Kulttuurisen sopeutumisen aiheuttamaan stressiin liittyvät oireyhtymät. Pohjois-Amerikan alkuperäisväestöllä on tavattu anonyymia masennusta, jonka syntymiseen vaikuttaa nopea sosiokulttuurinen muutos. Sama oire ilmenee afrikkalaisilla ja afro-karibialaisilla väestöllä *bouffée délirante* -nimellä. *Brain fog* (aivojen väsyminen) -oireyhtymäksi ovat nigerialaiset opiskelijat nimittäneet opiskeltaessa ja luentojen aikana ilmeneviä somaattisia oireita, kuten näön hämärtymistä. Älykkyydestä riippumattomia *brain fog* oireita on todettu monilla afrikkalaisilla opiskelijoilla, jotka stressaantuvat yrittäessään sopeutua länsimaiseen opiskelujärjestelmään.

Helman (1998) esittää, että anorexia nervosa, lihavuus, pre-menstruaalinen oireyhtymä ja tyyppi-A:n käyttäytymismalli ovat teollistuneiden länsimaiden kulttuurisia oireyhtymiä. – Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata, kuinka sosiokulttuurinen konteksti määrittää terveyttä koskevia käsityksiä tansanialaisen Ilembulan kyläbenoilla tarkastelemalla *baridiin*, kylällä tunnettuun kulttuuriseen oireyhtymään liittyviä uskomuksia.

HOITAMISTA SELITTÄVÄT KULTTUURISET JA SOSIAALISET TEKIJÄT ILEMBULAN KYLÄSSÄ

Transkulttuurisessa hoitotieteessä korostetaan tutkittavan ilmiön kontekstuaalisuutta. Kulttuurinen konteksti sisältää informaatiota yhteisön arvoista, sosiaalisesta rakenteesta, elämäntavasta ja ympäristöllisistä tekijöistä (Leininger 1995). Ilembulan yli 5000 asukkaan kylä sijaitsee Iringan läänissä noin 700 km Dar es Salaamista. Enemmistö kyläläisistä on bena -heimoa, joka kielensä perusteella luetaan yhdeksi Tansanian 120 bantuheimosta. Ilembulalaiset saavat elantonsa maissinviljelystä ja karjanhoidosta, eikä heillä yleensä ole säännöllisiä tuloja. Perhe on perinteisesti ollut keskeinen ilembulalaisten elämäntavassa. Perheet ovat laajoja monen sukupolven perheitä, joihin kuuluu vanhempien ja lasten lisäksi isovanhemmat, sedät, tädit, sekä veljet ja sisaret lapsineen. Fyysisesti kuolleita perheen vanhimpia kutsutaan eläviksi kuolleiksi (living-dead), sillä he ovat henkien maailmassa, josta käsin heillä on valta siunata tai rangaista elossa olevia jälkeläisiään. Esi-isien henkien lisäksi kylällä tunnetaan muita yliluonnollisia henkiä, joilla selitetään sairauksia ja epäonnistumisia: demonit, muslimien henget ja kristittyjen henget (Juntunen 2001).

Ilembulassa perheet ovat patriarkaalisia. Perheenjäsenten oikeudet, velvollisuudet ja vastuut määräytyvät iän, sukupuolen ja perheessä olevan aseman perusteella. Mies on perheen johtaja ja hänen tehtävänsä on huolehtia lastensa ja vaimonsa hyvinvoinnista sekä hoitaa karja. Vaimo huolehtii ennen kaikkea lastensa perustarpeista, ravinnon tuotannosta ja kodin hoidosta. Kylällä on yksinhuoltajatalouksia, joissa isä on työssä kaukana kotoa, tai naimaton äiti tai leski huolehtii lapsista. Moniavioisissa perheissä kullakin vaimolla lapsineen on oma taloutensa. Lasten odotetaan osoittavan kunnioitustaan vanhemmilleen tottelemalla heitä ja kuuntelemalla heidän neuvojaan aikuistuuksaan. Perheenjäsenten tulisi pyrkiä elämään sovussa ja keskinäisessä yhteisymmärryksessä (Juntunen 2001).

Ripulitaudit ja maha-suolikanavan oireet ovat yleisimpiä terveysongelmia kylällä, jossa käytetään juomavetenä bakteerien ja kemikaalien kontaminoimaa pintavettä. Ilembulassa on erilaisia terveydenhoitojärjestelmiä, joita käytetään rinnakkain tai erikseen oireiden vakavuudesta riippuen: perheiden sisällä toteutuva omahoito yrtilääkkeillä, perinteinen afrikkalainen kansanparannus, islamilaisen lääketieteen hoitomenetelmä ja länsimaiseen lääketieteeseen perustuva sairaalahoido. Ensimmäiset eurooppalaiset luterilaisen kirkon lähetystyöntekijät tulivat kylälle vuonna 1906. Luterilaisen kirkon ylläpitämä 240-paikkainen sairaala perustettiin kylälle vuonna 1950, ja sairaanhoitaja- ja kätilökoulu 1967 (Juntunen 2001).

TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

ETNOGRAFINEN LÄHESTYMISTAPA

Tämä tutkimus perustuu aineistoon, joka kerättiin osana laajempaa Ilembulan benojen maallikkohoitamista tarkastelevaa etnografista tutkimusta (Juntunen 2001). Tutkimus edustaa perinteistä holistista kulttuuritutkimuksen lähestymistapaa (Leininger 1995). Perinteinen etnografinen lähestymistapa perustuu kenttätööhön, jossa tutkija osallistuu tutkimansa yhteisön päivittäiseen elämään. Hän pyrkii löytämään sellaisia aineiston hankintamenetelmiä, joiden avulla voi parhaiten saada selville, ymmärtää ja tulkita yhteisön jäsenten ajattelu- ja toimintamalleja (Hammersley ja Atkinson 1983). Tässä tutkimuksessa etnografinen lähestymistapa auttoi tutkijaa pääsemään sisälle Ilembulan kyläyhteisöön ja ymmärtämään benoja, heidän elämäntapojaan ja laajemminkin

terveyteen ja sairauteen sekä *baridiin* liittämiään käsityksiä.

TIEDONANTAJIEN VALINTA JA AINEISTONKERUU

Etnografisessa tutkimuksessa tiedonantajien valintaan on kiinnitettävä erityistä huomiota (Leininger 1995). Tässä tutkimuksessa oli tärkeitä löytää tiedonantajia, joilla oli tietoa, kokemusta ja kykyä kertoa benojen perinteisistä terveyteen ja sairauteen liittyvistä käsityksistä, kuten *baridista*. Laadukkaan ja kattavan aineiston varmistamiseksi tiedonantajat (yhteensä 49) edustivat asemansa, ikänsä ja sukupuolensa perusteella erilaisessa asemassa olevia kyläläisiä: maanviljelijöitä (16), kansanparantajia (10), sairaalassa työskenteleviä sairaanhoitajia ja lääkäreitä (7), kylähallinnossa toimivia (5), opettajia (5), kouluttamattomia kyläterveysyöntekijöitä (3) ja kyläkättilöitä (3). Enemmistö oli työikäisiä aikuisia tai sitä iäkkäämpiä, miehiä oli 21 ja naisia 28. Alussa Ilembulan sairaalan työntekijät ja tutkimusapulaiset suosittelivat muutamia iäkkäitä kyläläisiä tiedonantajiksi. Myöhemmin, kun tutkija oli haastatellut kansanparantajia, kyläläiset ehdottivat haastateltaviksi henkilöitä, jotka kykenivät kertomaan *baridista*.

Aineisto kerättiin viisi kuukautta kestäneen kenttätöiden aikana tutkimusapulaisten avulla. Alussa tutkimusapulaisena oli Ilembulan luterilaisen sairaalan ylilääkärin suosittama mies, jolla oli kokemusta tutkimusapulaisena toimimisesta. Pian ilmeni, että naiset ja kansanparantajat eivät halunneet puhua arkaluonteisiksi kokemistaan asioista nuoren, koulutetun ja kristittyyn perheeseen kuuluvan miehen läsnäollessa. Tällöin tutkimusapulaisiksi valittiin kolme kylällä syntynyttä ja kasvanutta sairaanhoitajaa, jotka puhuivat englantia ja joilla oli lapsia. Heistä kahta suositeltivat kansanparantajat ja kolmas valikoitui hyvän englannin, benan ja suahilin kielitaitonsa perusteella. Tutkimusapulaiset sopivat etukäteen haastattelun ajankohdasta ja paikasta tiedonantajien kanssa ja käänsivät englanninkieliset kysymykset suahiliksi tai benaksi ja tiedonantajien vastaukset englanniksi (Juntunen 2001).

Etnografisessa tutkimuksessa voidaan yhdistellä eri tilanteissa eri aineistonkeruumenetelmillä kerättyä aineistoa (Hammersley ja Atkinson 1983). Tutkimustehtävien asettelu ratkaisee mitä aineistoa tutkija valitsee tutkimukseensa (Pyörälä 1994). Aineistonkeruumenetelminä tässä tutkimuksessa olivat haastattelu, johon liittyi havainnointi, ja henkilökohtainen kenttäpäiväkirja.

Haastattelut, jotka kestivät 1–1½ tuntia, tehtiin tiedonantajien kodeissa, työpaikoilla ja kansanparantajien vastaanotoilla tiedonantajien ehdottamina aikoina. Avaintiedonantajiksi (14) valikoituivat aineistonkeruun edessä henkilöt, jotka olivat halukkaita ja kykeneviä jakamaan *baridiin* liittyvää tietoa tutkijan kanssa. Heitä haastateltiin kahdesta viiteen kertaa, muita tiedonantajia yhdestä kahteen kertaa. Haastattelujen kuluessa osoittautui tärkeäksi, että tutkija osaa suahilia, sillä tutkimusapulaiset eivät kääntäneet kaikkea tutkijan merkityksellisenä pitämää tietoa. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla, mikä mahdollisti käännosten tarkastuksen tutkimusapulaisen ja niiden avaintiedonantajien kanssa, jotka puhuivat englantia. Englantia puhuvat tiedonantajat (10) haastateltiin englanniksi. Haastattelujen aikana tutkija kirjasi havaintojaan haastattelutilanteesta ja -ympäristöstä, tiedonantajien ilmeistä, eleistä ja asennoista sekä omista tunteistaan ja reaktioistaan. Kenttätöiden aikana tutkija osallistui kylän sosiaalisiin tapahtumiin.

AINEISTON ANALYYSI

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä (Appleton 1995, Leininger 1995). Analyysi alkoi kenttätöiden aikana haastattelujen ja havainnoinnin litteroinnin jälkeen. Aluksi aineistosta poimittiin *baridiin* liittyviä ilmaisuja ja uskomuksia. Seuraavaksi ilmauksista muodostettiin tutkimustehtävien perusteella teemoja. Tässä vaiheessa muodostui hajanainen kuva oireyhtymästä, jonka esiintyminen liittyi perheiden sisäiseen vuorovaikutukseen ja toimintaan. Kenttätöiden edessä oireyhtymän piirteitä tarkennettiin kysymyksillä avaintiedonantajien haastatteluisissa. Sen jälkeen luokiteltiin *baridiin* liittyviä ilmaisuja ja tarkasteltiin niitä Ilembulan benojen sosiokulttuurisen kontekstin kautta (Taulukko 1). Lopuksi abstrahoitettiin analyysissä muodostetut pääteemat ja tulokset, ja keskusteltiin niistä kahden avaintiedonantajan kanssa tulosten luotettavuuden varmistamiseksi.

TULOKSET

OIREYHTYMÄN SYYT, OIREET JA MERKIT

Tiedonantajat määrittivät *baridin* (*mepo* tai *baridi ya ngala* benaksi; yleensä vain *baridi*; 'baridi' = kylmyys, kylmä suahiliksi) sairaudeksi, jolle on tunnusomaista emotionaalista syistä aiheutuva kylmyys. *Baridiin* sairastui, jos 'toimi vastoin kulttuuriaan'. Vastoin kulttuuria toimiminen tar-

Taulukko 1.

Yhteenveto 'baridin' syistä, oireista ja merkeistä, hoidosta ja ennalta ehkäisystä sekä niitä selittävästä uskumuksesta ja sosiokulttuurisista tekijöistä

Oireyhtymän syyt	Oireet ja merkit	Hoito	Ennaltaehkäisy
Epäkunnioittava käyttäytyminen perheen sisällä: – suvun vanhimpien arvostelu – herjaava ja solvaava kielenkäyttö – perhettä koskevien velvollisuuksien laiminlyönti – tottelemattomuus – seksuaalitabujen rikkominen	– paleleminen, vilu – levottomuus – sairauden tunne ↓ – väsymys – uneliaisuus – ruokahaluttomuus – laihtuminen Pitkälle edennyt <i>baridi</i> – nivelten muodon muutokset – raajojen heikkous – mielenhäiriö – seksuaalinen kyvyttömyys <i>Laana:</i> Sosiaaliset ja taloudelliset menetykset – työpaikan menetys – tentissä epäonnistuminen – omaisuuden menetys – yksinjäätminen, naimattomuus	– <i>baridin</i> aiheuttajan tunnistaminen (kansanparantaja) – julkinen tunnustus perheen jäsenille – anteeksipyyntö: perheen vanhimmat, elävät-kuolleet – hyvitys: ateria, lahjat – paikalliset yrtytläkkeet	Kotikasvatus – vanhempien kunnioittaminen: puhuttelu, totteleminen, omien suunnitelmien kertominen – osallistuminen perheen jäsenen vaikeuksiin: sairaiden hoitaminen ja siitä aiheutuvat kulut, koulumaksut – iän, sukupuolen ja perheessä olevan aseman mukainen käyttäytyminen – fyysinen etäisyys vastakkaista sukupuolta olevaan aikuiseen sukulaiseen
Vanhempien kirous: → <i>laana</i>			
<i>Baridia</i> selittävät kulttuuriset uskumukset			
Aiheuttajat – <i>baridiin</i> sairastuu, jos toimii vastoin kulttuuriaan – jos ei kunnioita perheen vanhimpia, jää yksin – koska lapset ovat vanhemmilleen tottelemattomia, <i>baridiin</i> sairastuneiden määrä on lisääntynyt – sanoilla voidaan vaikuttaa toisen ihmisen terveyteen, hyvinvointiin ja elämässä menestymiseen	Oireet ja merkit – <i>baridiin</i> sairastunut ei jaksakaan tehdä työtä eikä selviydy sosiaalisista rooleistaan	Hoito – kansanparantajilla on yliluonnollisia kykyjä – virheiden myöntäminen ja tunnustaminen johtaa paranemiseen – fyysisesti kuolleet isovanhemmat valvovat jälkeläistensä elämää henkinä – luonnosta löytyy parantava lääke kaikkiin vaipeihin	Ennaltaehkäisy – ihmisen on tunnettava asemansa ja roolinsa perheessä – perheenjäsenen on pidettävä yhtä – vanhemmat ovat vastuussa siitä, että lapsi omaksuu hyvinä pidetyt käyttäytymistavat – inesti on ihmisluonnon vastaista
Keskeiset <i>baridia</i> selittävät sosiokulttuuriset tekijät			
Käyttäytymisnormit Perhekeskeisyys Holistinen maailmankuva	Elinympäristö ja toimeentulo Sosiaaliisiin rooleihin liittyvät odotukset	Holistinen maailmankuva	Perhekeskeisyys Käyttäytymisnormit

koitti perheen yhteisöllisyyttä korostavien arvojen ja käyttäytymisnormien rikkomista. Tiedonantajat kuvasivat perheen sisäisen dynamiikan häiriintyvän yksittäisen perheenjäsenen itsekkään käytöksen vuoksi. Itsekkyys ilmeni suvun vanhimpien arvosteluna, herjaavana ja solvaavana kielenkäyttönä, välinpitämättömyytenä, sukupuoleen, ikään ja perheessä olevaan asemaan kuuluvien velvollisuuksien laiminlyömisestä ja seksuaalisuuteen liittyvien tabujen rikkomisena.

Baridin ensioireet olivat vaihtelevia, yleensä potilasta paleli ja hän tunsi itsensä levottomaksi ja sairaaksi. Seuraavaksi ilmeni väsymystä, uneliaisuutta, ruokahaluttomuutta ja laihtumista. Kun tavanomaiset perheessä tai sairaalassa käytetyt hoitomenetelmät eivät helpottaneet sairastuneen oireita, hänen epäiltiin sairastuneen *baridiin*. Mikäli samanaikaisesti sairaalan laboratoriotestit ja muut tutkimuslöydökset olivat viitearvojen sisällä, epäily sairastumisesta voimistui. Kansanpa-

rantajilla ja kyläyhteisössä elävillä vanhuksilla oli *baridin* tunnistamisessa vaadittava osaaminen.

Keskeistä *baridiin* sairastumisessa oli, että sairastunut ei selviytynyt elinympäristön ja toimeentulon asettamista haasteista eikä pystynyt vastaamaan yhteisön sosiaalisiin rooleihin liittyviin odotuksiin. Sairauden edetessä väsymys ja voimattomuus lisääntyivät niin että ”*sairas ei kykene tekemään työtä ja nukkuu vaikka ei ole nukkumisen aika*”. Vuosien kuluessa oireiden kuvattiin pahenevan kylmyyden tunkeutuessa syvemmälle elimistöön, erityisesti niveliin, joissa se aiheutti nivelreumaa tai poliota muistuttavia muutoksia. Kylmyys vaikutti ihmisen psyykeen niin, että hän voi ”*mennä mielenhäiriöön*”. Seksuaalinen kyvyttömyys kuului sairauden kuvaan. – *Baridiin* ei sairastuttu yliluonnollisten voimien, kuten henkien tai noituuden vaikutuksesta, eikä perheen ulkopuolinen yhteisö voinut aiheuttaa *baridia*. Kansanparantajat olivat havainneet *baridiin* sairastuneiden määrän lisääntyneen Ilembulassa ’*koska lapset ovat nykyaikana vanhemmilleen tottelemattomia*’.

Vaikein *baridin* muoto, *laana* (suahilia), on seurausta vanhempien lapselleen langettamasta kirouksesta. Sen vaikutukset ovat ensisijaisesti sosiaalisia ja taloudellisia, ja ne ilmenevät lyhyessä ajassa kirouksen lausumisen jälkeen erilaisina onnettomuuksina ja omaisuuden, työpaikan tai aviopuolison menettämisenä. Myös naimattomaksi jäämistä pidettiin seurauksena *laanasta*. Tiedonantajat mainitsivat nimeltä kyläyhteisön jäseniä, jotka olivat sairastuneet psyykkisesti *laanan* vuoksi. Inesti liittyy *laanaan*; joidenkin tiedonantajien käsitys oli, että inesti oli seurausta *laanasta*, toisten mielestä *baridi* teki ihmisestä niin välinpitämättömän, että hän rikkoi sukupuoliseen käyttäytymiseen liittyviä tabuja. *Laanan* kohteena olevan henkilön lapset joutuivat kärsimään vanhempansa tekojen vuoksi; esimerkiksi fyysisten epämuodostumien ja kehitysvammaisuuden uskottiin johtuvan *laanasta*.

’BARIDIN’ HOITO

Baridin hoito perustui kulttuurin holistiseen maailmankuvaan ja alkoi sairauden aiheuttajan tunnistamisesta. Kansanparantajat pystyivät haastattelussa löytämään ja kertomaan asiakkaalleen *baridiin* johtaneet teot. He kuvailivat laiminlöyntejä tai virheitä, joita asiakas oli tehnyt, ja antoivat yksityiskohtaisen menettelytapaohjeen rituaaliin, jolla *baridin* aiheuttamat oireet paraniivat. *Baridin* hoito perustui perheelle esitettyyn

julkiseen tunnustukseen, anteeksipyyntöön ja hyvitykseen. Tämän ohella sairastunut nautti kansanparantajan määräämiä yrttilääkkeitä. Potilaansa tekemän virheen hyvittämisiksi kansanparantaja pyysi häntä valmistamaan aterian perinteisistä benojen juhlaruoka-aineksista, kanoista ja vuohista, joiden väristä kansanparantaja niin ikään antoi ohjeen. Ruokajuomana piti tarjota *pombea*, kotivalmisteista maissiolutta. *Baridin* vakavuusasteen mukaisesti tuli antaa muita lahjoja, jotka edustivat benojen perinteistä esine maailmaa, kuten kolmijalkainen jakkara, musta kangas tai vuohennahasta valmistettu esine. Joissakin tapauksissa sairastuneen tuli antaa kansanparantajan määräämä rahasumma niille perheenjäsenille, joita oli loukattu. Vakavissa *baridiin* johtaneissa epäilyissä omaisia kehoitettiin viemään lahjoja kuolleille suvun vanhimmille hautausmaalle, ja pyytämään heiltä anteeksiantoa rikkoutuneen perheyhteyden vuoksi.

’BARIDIN’ ENNALTAEHKÄISY

Keskeistä *baridin* ehkäisyssä oli käyttäytymisnormien noudattaminen, erityisesti itsehillintä, ja perheen kanssa yhteisymmärryksessä eläminen. Mikäli henkilö huomioi perheenjäseniään, hän varmisti *baridin* välttämisen lisäksi sen, että hän, hänen puolisonsa ja lapsensa saivat vaikeuksissa ollessaan tukea perheeltä. *Baridin* ennaltaehkäisyyn kulmakiviä olivat kotikasvatus ja perheen vanhempien oma esimerkki. Kenttätöyön aikana tiedonantajat kertoivat, miten heidät oli lapsesta ohjattu ja opetettu tottelemaan vanhempiaan esimerkin, neuvojen ja pelottelun avulla. Heidät opetettiin välttämään sanoja, sanontoja ja eleitä, jotka tulkittiin toista halveksiviksi ja solvaaviksi. Esimerkiksi sanaa ’*nyoko*’, joka tarkoittaa adjektiivina typerää ja substantiivina henkilöä, joka ei ole synnyttänyt, ei saanut käyttää omasta äidistään. Tytär aliarvioi äitiään vertaamalla häntä itseensä ’*Sama vaikka minä olisin synnyttänyt sinut*’. Miestä aliarvioitiin vertaamalla häntä naiseen joko käytöksensä tai ominaisuuksiensa, kuten laiskuus tai ulkonäkö, vuoksi. Naista halveksittiin sanomalla häntä miehen näköiseksi. Toisen ihmisen osoittaminen huulilla ja nenällä tai hänen huomionsa herättäminen ojentamalla käsi kämmenpuoli ylöspäin ja sanomalla ’*wewe*’ (sinä) mainitsematta hänen nimeään tulkittiin häntä halveksiviksi eleiksi. Toisen perheenjäsenen uhkailu ja häneltä varastaminen olivat halveksimista.

Lapsille opetettiin vanhempien tottelemisen merkitys ja heiltä odotettiin yksityiskohtiin asti

kuuliaisuutta vanhemmilleen. Tämä heijastui terveydenhuollon ennaltaehkäisevään toimintaan. Kyläterveystyöntekijä kertoi, että miehet vastasivat hänelle hänen neuvoessaan heitä rakentamaan vessoja: ”*Ei minun vanhemmillani ja eikä heidänkään vanhemmillaan ollut vessaa, ja se oli hyvä heille – miksi minulla pitäisi olla?*”

Taloudellisen vastuun kantaminen, toisista perheenjäsenistä huolehtiminen ja sovussa eläminen oli merkityksellistä benojen elämäntavassa. *Baridin* ehkäisemiseksi jokaisen odotettiin tukevan vaikeuksissa olevaa perheenjäsentä ikänsä, sukupuolensa, varallisuutensa ja taitojensa mukaisesti, esimerkiksi osallistumalla sairastuneen hoitoon ja hoitomaksuihin sairaalaan ja kansanparantajille, lasten koulumaksuihin, morsiusmaksuihin ja hautajaiskuluihin. Miehillä yleinen *baridiin* sairastumisen syy oli morsiusmaksun maksamatta jättäminen tai lasten koulumaksujen laiminlyönti. Erityisesti omien vanhempien ja muiden iäkkäämpien sukulaisten hoitaminen silloin kun he sairastivat tai eivät selvinneet yksin arkisista askareista oli merkityksellistä. Perheiden miniät altistavat itsensä *baridille* kieltäytyessään huolehtimasta ja hoitamasta appivanhempiaan. ’Elävien-kuolleiden’ esi-isien tiedettiin pahoittavan mieltänsä ja rankaisevan *baridilla* elossa olevia jälkeläisiään, mikäli he riitelivät keskenään ja laiminlöivät suvun vanhimpien tarpeita.

Perheenjäsenten fyysinen läheisyys oli merkityksellistä *baridin* ennaltaehkäisyssä. Leikki-ikäistä lasta kiellettiin ehdottomasti menemästä vanhempiensa makuuhuoneeseen, sillä lapset eivät saaneet nähdä vanhempiaan alastomana, koska vanhempien genitaalialueen näkeminen aiheutti *baridin*. Murrosiän ylittäneet vastakkaista sukupuolta olevat perheenjäsenet varoivat fyysistä läheisyyttä, ja myös eri sukupuolta olevien lasten ja heidän vanhempiensa fyysinen läheisyys altisti *baridille*. Tämä heijastui perheenjäsenten rooleihin sairaiden hoidossa siten, että aviopuolisoiden lisäksi naispotilaita hoitivat naispuoliset perheenjäsenet ja miespotilaita miespuoliset perheenjäsenet. Tämän vuoksi sairaalassa vanhempiaan hoitavat lapset käänsivät päänsä toisaalle tai sulkivat silmänsä avustaessaan heitä alusastialle tai portaatiiville.

Raskaana olevan naisen oli käyttäydyttävä hillitysti välttääkseen *baridi*. Hänen oli hallittava kielensä, sillä perheen jäsenten julkisen nimittelyn ja solvaamisen uskottiin vaikeuttavan synnytystä ja aiheuttavan vauvan matalan syntymäpainon tai vammaisuuden. *Baridista* johtuvan lapsen ke-

hitysammaisuuden tai henkisen jälkeenjääneisyyden uskottiin ilmenevän vasta leikki-ikässä. Jos raskaana oleva nainen solvasi vanhempiaan, siitä aiheutuva *baridi* kosketti häntä itseään; mikäli hän käytti epäkunnioittavaa kieltä myös muista vanhemmista sukulaisistaan, sen uskottiin vaikuttavan lapseen.

POHDINTA

TULOSTEN TARKASTELU

Baridi on ymmärrettävissä kulttuurisen kontekstinsa kautta, sillä siinä heijastuvat yhteisön arvot, sosiaalinen rakenne, elämäntapa ja ympäristölliset tekijät. Se koostuu kulttuurisesti eriytyneistä käyttäymismalleista, jotka on legitimoitu kulttuurisilla sanktioilla ja normeilla (Rubel ja Hass 1990). *Baridi* on Ilembulan kylän benojen kulttuurinen oireyhtymä, joka kuvastaa kulttuurin holistista maailmankuvaa, käyttäytymisnormeja ja perhekeskeisiä arvoja. Se on ihmisen omalla toiminnallaan itselleen tai lapselleen aiheuttama oireyhtymä, jolle on tyypillistä, että sairastunut ei selviydy arjen haasteista asteittain vähenevän energian vuoksi. Murdock (1980) ja Harjula (1986) ovat todenneet, että kulttuurissa arvostettujen tapojen sekä vuorovaikutukseen ja seksiin liittyvien tabujen rikkominen voi herättää syyllisyyden tunteita, jotka ovat äärimmäisen epämuukavia ja tuskallisia niin että niitä voidaan pitää somaattisena sairautena.

Baridin oireita, hoitoa ja ennaltaehkäisyä selittävät uskomukset, jotka perustuvat antroposentriseen ja holistiseen maailmankuvaan (Anderson 1986, Mbiti 1994), muinaiseen kreikkalaiseen humoraalisen lääketieteen vaikutukseen (Greenwood 1992) ja seksuaalikäyttäytymisen tabuihin (Mbiti 1994). Antiikin Kreikan humoraalisen lääketieteen vaikutus näkyy mm. oireyhtymän nimessä. Humoraalisessa lääketieteessä erilaisten energioiden tasapaino oli terveyden kannalta merkityksellinen. ’Kylmä’ sisälsi vähän energiaa ja sen lisääntyminen laski toimintakykyä. ’Kuumia’ symboloi energiaa ja elämän voimaa, ja esimerkiksi raskaus, kuukautiset ja lapsivuodeaika olivat ’kuumia’ (Greenwood 1992). Toisaalta, Rubel ja Hass (1990) ovat todenneet, että kuumen ja kylmän välinen epätasapaino voi olla yleinen ja inhimillinen selitys sairauksien ilmenemiselle. Ilembulassa tähän näkemykseen liittyi perinteinen afrikkalainen holistinen maailmankuva, jossa ihmisen on oltava tasapainossa ympäristönsä kanssa. Ympäristöksi lasketaan luonto paran-

tavine yrttikasveineen ja näkymättömän ympäristön yliluonnolliset voimat, joista merkityksellimpiä ovat perheen kuolleiden esi-isien henget (Mashaba 1995).

Baridin pelko kontrolloi ihmisten sukupuolista käyttäytymistä. Perinteisesti bantujen maailmankuvassa seksiä on pidetty pyhänä, koska sen seurauksena syntyy uusi sukupolvi sukupolvien ketjuun (Mbiti 1994). Seksuaalisuuteen kuten myös raskaus- ja lapsivuodeaikaan ja kuukautisvuotoon on liittynyt monia tabuja. Kuumen ja kylmän välinen tasapaino on tärkeä, ja siksi monet edellä mainittuihin tiloihin liittyvät käyttäytymissäännökset kohdentuivat naisiin. *Baridi* ei kuitenkaan ole sukupuoleen sidottu, koska käyttäytymistä ohjaavien normien rikkominen aiheuttaa oireyhtymän. Fyysistä läheisyyttä säätelevät käyttäytymisnormit suojelevat inestiltä, joka oli tabu.

Tulokset vahvistavat transkulttuuristen hoitotyön tutkijoiden näkemystä, jonka mukaan perhekonteksti on merkittävä terveyden edistämiseksi ja sairauksien hoidossa (Luna 1994, Omeri 1997, Nahas ja Amasheh 1999). *Baridiin* liittyvät uskomukset edistävät perheen terveyttä ja toimintakykyä, sillä yhteisö, jonka jäsenet tietävät paikansa, rajansa, oikeutensa ja velvollisuutensa, on turvallinen jäsenilleen.

Länsimaisen lääketieteen termin *baridi* voidaan luokitella psykosomaattiseksi oireyhtymäksi, joka Hughesin (1985) mielestä kuvastaa länsimaisen lääketieteen kyvyttömyyttä ymmärtää hollistista näkökulmaa ihmisyyteen. Kulttuurisidonnaisiin syihin liittyvät oireet voivat muistuttaa länsimaissa tunnettuja psykopatologisia reaktioita, jolloin on vaarana, että etnisiin vähemmistöihin kuuluvat ihmiset voivat saada väärän diagnoosin sairaudelleen (Campinha-Bacote 1994).

TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUTEEN LIITTYVÄT KYSYMYKSET

Luotettavuuden arviointi etnografisessa tutkimuksessa koskee tutkijan ja tiedonantajien vuorovaikutusta, aineiston laatua ja analyysia sekä tulosten ja johtopäätösten esittämistä (Sandelowski 1986). Lincoln ja Guba (1985) ovat esittäneet erityisesti laadullisen etnografisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereiksi uskottavuutta, todeksi vahvistettavuutta, merkityksellisyyttä, toistuvuutta, kyllästeisyyttä ja siirrettävyyttä.

Uskottavuus tarkoittaa sitä, miten totuus ja uskottavuus on muotoutunut tutkijan ja tiedonantajien kesken. Tutkimuksessa uskottavuus vahvistettiin tapaamalla tiedonantajia useita kertoja

ja käyttämällä erilaisia aineistonkeruumenetelmiä. Lisäksi tiedonantajien suahilinkieliset selitykset käänsi englannin kielelle syntyperäinen ilembulalainen bena. Tulosten todeksi vahvistettavuus viittaa tutkimustulosten perustumiseen aineistoon ja empiriaan, eikä tutkijan käsityksiin. Tulosten todeksi vahvistettavuuteen pyrittiin haastattelujen nauhoittamisella, systemaattisella aineiston analyysillä ja tulosten läpikäymisellä avaintiedonantajien kanssa. Tulosten merkityksellisuuden arviointi edellyttää tutkijalta kuvattujen toimintojen ja tapahtumien kontekstuaalista ymmärtämistä. Tutkija oli asunut Ilembulassa kolme vuotta ja hän osasi suahilin kieltä, mikä auttoi häntä pääsemään sisään kyläyhteisöön. Toistuvuuden varmistamiseksi tutkija haastatteli erilaisia ihmisiä ja liikkui kyläläisten kesellä. Kyllästeisyys tarkoittaa, että tutkija on saanut ilmiöstä kaiken oleellisen tiedon. Tutkija haastatteli 49 tiedonantajaa, avaintiedonantajia useita kertoja, kunnes haastateltavilta ei noussut uusia näkökulmia *baridista*. Siirrettävyyden arvioimiseksi tutkittavan ilmiön konteksti ja tutkimukseen osallistuneet ihmiset on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti.

Tuloksia tarkastellessa on huomattava, että Ilembulan kylän benat eivät ole homogeeninen ryhmä. Lipson (1994) toteaa, että joka uskomuksella ja käyttäytymisellä on sekä kulttuurisia että yksilöllisiä määrittäjiä. Ihmisten käsityksiin vaikuttavat sosioekonomiset tekijät, koulutus, sukupuoli, ikä ja uskonto, jotka vaikuttavat ihmisten tapaan ilmaista kulttuurista orientaatiotaan. Kaikki haastateltavat tiesivät *baridiin* liittyviä uskomuksia, vaikka suhtautuminen niihin vaihteli. Muutamien tiedonantajien mielestä *baridi* oli kaatoavaa kansanperinnettä, mutta tiedonantajien enemmistölle se oli todellinen ja havaittavissa oleva sairaus. *Baridiin* liittyvät uskomukset ovat saaneet myös uudenlaisia merkityksiä. Esimerkiksi lasten ei sallita mennä vanhempiensa makuuhuoneeseen, koska vanhemmat säilyttävät siellä rahojaan ja arvoesineitään, joista he eivät halua lasten kertovan naapureille tai koulukavereille.

EETTISET KYSYMYKSET

Eettiset kysymykset vaativat erityishuomiota tutkimuksessa, jossa tutkija tulee tutkittavan yhteisön ulkopuolelta. Tässä tutkimuksessa eettiset kysymykset kohdistuivat tiedonantajien oikeuksiin, tutkimusapulaisiin ja tutkijan toimintaan (Lipson 1994). Tutkimusluvut hankittiin Tansanian terveysministeriöstä ja Ilembulan kylän hal-

linnosta vastaavilta. Jokaiselta tiedonantajalta kysyttiin henkilökohtaisesti lupa osallistua tutkimukseen. Aineistonkeruun yhteydessä tiedonantajille selitettiin, miten heidän antamaansa tietoa käytettiin ja heille annettiin oikeus kieltäytyä haastattelusta. Tutkimusapulaisia neuvottiin pitämään salassa haastatteluissa saatu tieto ja heitä kiellettiin manipuloimasta tiedonantajia. Sensitiivinen asia oli tiedonantajien haastattelusta saama hyöty, sillä muutama tiedonantaja kieltäytyi epäsuorasti haastattelusta, koska he eivät hyötäneet siitä taloudellisesti.

Tutkija reflektoi kenttäpäiväkirjassaan omaa rooliaan, käyttäytymistään, toimintaansa ja reaktioitaan tutkijana. Tutkijan haaste oli objektiivisuuden ja neutraaliuden säilyttäminen läpi aineistonkeruun, tulosten analysoinnin ja raportoinnin. Alussa tutkijan oma yhteisön kulttuuristen merkityksenantojen ymmärtäminen oli hyvin rajoitunutta. Myöhemmin, lähentyessään tiedonantajiansa maailmaa, tutkija tiedosti oman etnosentrisyytensä. Tutkija työskenteli kestävyksensä ääri-rajilla ja kritisoi benojen uskomuksia ja toimintaa, mutta toisaalta samanaikaisesti hän asetti kriittisiä kysymyksiä länsimaisista arvoista ja elämäntavasta. Tutkija kohtasi kulttuurisia pelkoja, kun eurooppalaiset lähetystyöntekijät varoittivat häntä vieraillemasta kansanparantajien luona, jotka ”lähettävät sinuun mielisairautta aiheuttavia henkiä”.

TULOSTEN MERKITYS JA HYÖDYNTÄMINEN

Tämän tutkimuksen perusteella terveyttä koskeva kulttuurinen tieto on spesifiä. Se perustuu tutkitavan yhteisön sosiokulttuuriseen kontekstiin, maailmankuvaan ja arvoihin, ja ilmenee terveyteen, sairautteen ja hoitamiseen liittyvissä uskomuksissa. Potilaat kiinnittävät huomionsa sairautteensa, kun taas lääkärit keskittyvät tautiin ja sen hoitamiseen. Hoitajat tukevat potilaan selviytymistä sairauden aiheuttamasta epämurkavuudesta,

ja sen vuoksi he ovat kiinnostuneita todellisista ja potentiaalisista tarpeista, jotka liittyvät potilaan sairautteen tai terveydentilan muutokseen. Ellei hoidon kulttuurista ulottuvuutta tiedosteta, hoitotyön päätöksenteko voi perustua hoitajien etnosentrisiin arvoihin (Baker 1997). *Baridi* näyttää olevan todellinen terveysongelma siihen sairastuneille potilaille. Heidän näkökulmastaan teoreettinen keskustelu oireyhtymästä ei ole merkityksellistä, ja sen vuoksi sairaus siihen liittyvine ongelmineen tulisi hyväksyä terveydenhuoltojärjestelmässä.

Ihmisten hoitamisessa yleensäkin ja erityisesti maahanmuuttajien hoitotyössä on tärkeää säilyttää kriittinen tietoisuus valtakulttuurin omista totuuksista ja normeista, koska samat totuudet eivät välttämättä ole tosia ja oikeita kaikille etnisille ryhmille tai kaikille maahamme asettuneille ihmisille. Kriittinen asenne auttaa luomaan hyviä kontakteja ja luottamuksellisen suhteen potilaiden ja terveydenhuollon työntekijöiden välille, ja kunnioittamaan yksittäisen potilaan itsemääräämisoikeutta ja koskemattomuutta. Tulokset tuovat lisäarvoa erityisesti afrikkalaisten ja muiden yhteisöllisistä kulttuureista tulevien maahanmuuttajien hoitotyöhön, koska terveydenhuollon työntekijöiden tulisi pystyä dialogiin terveyteen ja sairautteen liittyvissä kysymyksissä erilaisista kulttuureista tulevien maahanmuuttajien kanssa. Yhteisöllisissä kulttuureissa, joissa perinteet ja perheyhteys ovat merkityksellisiä, ihmisten käsitykset terveydestä ja sairaudesta eivät muutu pelkästään länsimaisen tieteellisen tiedon perusteella. Sen vuoksi hoitotyössä on hyödynnettävä tietoa potilaan sosiokulttuurisesta kontekstista. Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön käytännössä ja opetuksessa, sillä ne laajentavat tietopohjaa hoitamisen perusteista. Lisäksi tulokset osoittavat, että kulttuurista näkökulmaa tarvitaan hoitamiseen ja terveyteen ja sairautteen liittyvien ilmiöiden tutkimisessa.

The aim of this ethnography is to demonstrate how sociocultural conditions produce variations in health by observing *baridi* (emotional coldness), the culture-bound syndrome of the Bena peoples in the Tanzanian village of Ilembula. The data were collected through open-ended interviews (n=49), observation and personal field diary, and analyzed by qualitative content analysis. The findings showed that the holistic worldview,

behavioral norms and familial values of the culture explained etiology, treatment and prevention of *baridi*. Breaking off the norms of the culture caused *baridi*. Illness weakened a patient's capabilities to survive in the environment and response to social role expectations of the community. Care and prevention were based on the holistic world view and strengthening the family unity.

LÄHTEET

- Anderson KB. Introductory Course and African Traditional Religion. Evangel Publishing House, Nairobi 1986.
- Andrews MM, Boyle JS. Transcultural Concepts in Nursing Care. J.B. Lippincott Company, Philadelphia 1995.
- Appleton JV. Analysing qualitative interview data: addressing issues of validity and reliability. *Journal of Advanced Nursing* 1995;22:993–997.
- Baker C. Cultural Relativism and Cultural Diversity: Implications for Nursing Practice. *Advances in Nursing Science* 1997;20(1):3–11.
- Bartholomew RE. Exotic Deviance. Medicalizing Cultural Idioms – From Strangeness to Illness. University Press of Colorado 2000.
- Campinha-Bacote J. Cultural Competence in Psychiatric-Mental Health Nursing: A Conceptual Model. *Nursing Clinics of Northern America* 1994;29(1):8–11.
- Greenwood B. Cold or Spirits? Ambiguity and Syncretism in Moroccan Therapeutics. *Teoksessa* Feirman S, Janzen JM, toim. *The Social Basis of Health and Healing in Africa*. The Regents of the University of California 1992.
- Hammersley M, Atkinson P. Ethnography. Principles in Practice. Tavistock Publications, London 1983.
- Harjula R. Syllisyys, sairaus ja ihminen. *Kirjapaja*. Jyväskylä 1986.
- Helman CG. Culture, health and illness. 3rd Ed. Butterworth-Heinemann, Oxford 1998.
- Hughes CC. Culture-bound or construct-bound? The syndromes and DSM-III. *Teoksessa*: Simons R.C., Hughes C.C., toim. *The Culture-Bound syndromes: folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*. D.Reidel, Dordrecht, 3–24, 1985.
- Hughes CW. The Glossary of “Culture-Bound Syndromes” in DSM-IV: A Critique. *Transcultural Psychiatry* 1998;35(3):413–421.
- Jilek WG. Emil Kraepelin and comparative sociocultural psychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;245:231–238.
- Juntunen A. Professional and Lay Care in the Tanzanian Village of Ilembula. *Acta Universitatis Medica D* 637, Oulun yliopisto, Oulu 2001.
- Juntunen A. *Baridi*: a culture-bound syndrome among Bena peoples in Tanzania. *Journal of Transcultural Nursing* 2005;16(1):15–22.
- Kennedy MG. Cultural competence and psychiatric mental health nursing. *Journal of Transcultural Nursing* 1999;10(1):11.
- Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. The Regents of the University of California 1980.
- Leininger MM. Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practices. McGraw-Hill Inc., College Custom Series 1995.
- Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Sage Publication, Beverly Hills 1985.
- Lipson J. Ethical Issues in Ethnography. *Teoksessa*: Morse J, toim. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*, Sage Publications, London 1994.
- Littlewood R. Pathologies of the West. An Anthropology of Mental Illness in Europe and America. Cornell University Press, Ithaca, New York, 2002
- Luna L. Care and cultural context of Lebanese Muslim immigrants. *Journal of Transcultural Nursing* 1994;5(2):12–20.
- Mashaba G. Culturally-Based Health-Illness Patterns in South Africa and Humanistic Nursing Care Practices. *Teoksessa* Leininger MM, toim. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practices*, McGraw-Hill Inc., College Custom Series 1995: 591–602.
- Mbiti JS. African Religions and Philosophy. East African Educational Publishers, Nairobi 1994.
- Morris DB. Illness and culture in the postmodern age. Berkeley et al, University of California Press 1998.
- Murdock GP. Theories of Illness. A World Survey. University of Pittsburgh Press, Pittsburgh 1980.

- Nahas V, Amasheh N. Culture care meanings and experiences of postpartum depression among Jordanian Australian women: A transcultural study. *Journal of Transcultural Nursing* 1999;10(1):37-45.
- Neutra R, Jerrold EL, Dennis P. Cultural Expectations versus Reality in Navajo Seizure Patterns and Sick Roles. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1977(1):255-275.
- Omeri A. Culture care of Iranian immigrants in New South Wales, Australia: Sharing transcultural knowledge. *Journal of Transcultural Nursing* 1997;8(2):5-16.
- Parzen MD. Toward a culture-bound syndrome-based insanity defense? *Culture, Medicine & Psychiatry* 2003; 27(2): 131-155.
- Payer L. *Medicine and Culture*. Collancz, London 1989.
- Prinz A. Kaza basolo – a culture-bound syndrome among the Azande of Northeast-Congo. *Viennese ethnomedicine newsletter* 2001:IV(1):12-19.
- Pyörälä E. Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 1994:31:4-14.
- Rubel AJ, Hass MR. *Ethnomedicine*. Teoksessa Johnson TM, Sargent CF, toim. *Medical Anthropology*. Contemporary theory and method, Praeger, New York 1990:115-131.
- Sandelowski M. The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science* 1986;8:27-37.
- Schwartz T. *Anthropology and Psychology: An Unrequited Relationship*. Teoksessa Schwartz T, Geoffrey MW, Catherine AL, toim. *New Directions in Psychological Anthropology*. Cambridge University Press 1992.
- Trollope-Kumar K. Cultural and biomedical meanings of the complaint of leukorrhea in South Asian women. *Tropical Medicine & International Health* 2001;6(4):260-266.
- Yap P-M. The culture-bound reactive syndromes. Teoksessa Caudill W, Lin TY, toim. *Mental Health Research in Asia and the Pacific*. East-West Center Press, Honolulu, 33-53, 1969.

ANITTA JUNTUNEN
TiT Yliopettaja
Kajaanin AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala